

# 老人医療 NEWS



## DNR

鶴巻温泉病院院長

土田 昌一

三年前に、上智大学のデーケン教授の講演会に出席したときのこと。

「日本人の高齢化率が上昇してきていますが、死亡率はどの位かわかりますか？」と質問されて、聴衆が戸惑い始めたその時に「二〇〇%でしょう！」と仰った事が印象的だった。その後の宴席に同席させて頂いた時に、そのジョークを使用してよいという許可をもらってから、今も時々そのジョークを使っている。死亡率一〇〇%。この言葉の持つ意味合いが、高齢者医療を行っている今大き

なテーマになっている。

確かに超高齢社会日本を表現する記事が新聞紙面を占有している昨今、「老い」を題材にしたエッセイがベストセラーになっている。戦後間もない頃には、生活の中に「死」が大きな問題として認識されていたのが、いつの間にか生活の中で「死」はタブー視されてきたようだ。自宅での死亡が激減し、病院での死亡が当たり前になり、結核やらい病の隔離政策と同様、政府の行ってきた医療政策では「老衰」すら隔離されてきて

発行日 平成14年9月30日  
発行所 老人の専門医療を考える会  
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-1-7  
コスモ新宿御苑ビル9F  
TEL.03(3355)3020  
FAX.03(3355)3633  
発行者 大塚 宣夫  
<http://www6.ocn.ne.jp/~rosen/>

いる。病院で死ぬのが当たり前という風潮が強くなっている。介護疲労のあげくの殺人という切ない記事が最近社会面を賑わし、自殺者数も三

万人を超え社会問題になってきている。また理由なき殺人という世紀末用語まで出現していても、身近に「死」を経験できなくなってきている社会の中では所詮他人事ではない。

当院では、リハビリテーションを行う病院として認知され始めているが、入院時に出来る限り「DNR(心肺蘇生をしないこと)」をご家族、できればご本人に確認するように努力し始めている。リハビリテーションという魔法の言葉に踊らされて、「永遠の命を与えられる」と錯覚している人ほど、この説明に対して立腹される。不可逆的な心肺停止と判断されたときの「無意味な蘇生行為をしないこと」の確認でしかないのが、まるで人非人と思われることも

ある。「死」と立ち向かっていかなければならないリスクの高い人だからこそ「適切な医療」を行うわけであって、「死」を汚すような心肺蘇生を提供することはプロとしてできないと考える。その確認をせずに医療を提供することは、詭弁になると考える。

救命救急治療が「誰でも助かる」医療と認識されている嫌いがある。Lancet vol.358105-109 の論文に救急病院内で心停止した患者が三分位で心肺蘇生を受けられるシステムがあることに驚いているのだが、比較的リスクの低かった患者でも生きて退院できた率が十二〜十四%であることが書かれていた。当然「DNR」希望の人は、そのときに確に判断されていて無駄な治療は受けていない。

さて日本、療養病床のみならず、一般病床においても貧弱な人員配置のために、これほど迅速に対応できない現状と考える。だからこそ、そして病院であればこそ「DNR」という確認事項を徹底しなければいけないと思う。

# 現場からの発言へ正論・異論

(21)

主張 その22

## 老人病院の食事について

湘南長寿園病院院長 松川 フレディ

老人病院に入院すると栄養不良になるという噂がある。大変失礼な噂と思っていたが、現実に自分の病院の患者さんの栄養状態を調べてみると、それは本当であった。これは何とかしなくてはと栄養問題に取り組んで数年になる。

そんな中で、当院の食事メニューの中で行事食、かわり御飯（ぼら寿しのようなもの）、レクリエーション食という3種類の食事の日の喫食率を調べて気がついたことが2、3あった。これら3種類の食事は年間で四十数回あったが、通常の日と比べて喫食率がよいのである。

老人病院の食事というと柔らかく、食べやすく、味が薄い等評判はあまりよくない。というより歯の状態や病気との兼合いもあり、似たような

ものが多くなりがちであろう。嗜好

調査をすると『お刺身』『うなぎ』が人気があるが、季節によっては食中毒の心配もあり『お刺身』は難しい。七夕の短冊に『お寿しが食べたい』

というのが多く見られ、毎月かわり御飯でぼら寿しのようなものを取り入れ喜ばれているようである。行事食によって初めて季節を感じる人もいるようで目と口が楽しそうである。

長く入院している患者さんの中には『去年より美味しい』と昨年のこととを憶えている人もいる。それより驚くことはレクリエーションに出される食べ物焼き鳥、おでん、のり

巻、焼きそば、おしるこ等様々であるが、どれも人気があり、歯の状態や日頃の食事状況では食べられそうもない人まで食べ、スタッフを驚か

すことが珍しくないことである。『嬉しい』『懐かしい』『大好きな味』等よい反応が圧倒的であるため、事あるごとに行事食を行っている。

刺激の少ない、あるいは退屈な入院生活を余儀なくされている患者さんにとってはしごく最もな反応である。言い換えればいくつになっても楽しめるのは食べ物位かもしれない。

病院で提供される食事は医学的、栄養学的に充分吟味されたものでなければならぬのは分かるが、美味しい、楽しい食事はそれらにまさるのではないか。栄養士は両方とも充分考えていると言うが……

年をとっていくと味覚は鈍くなり、味の濃いものを好みがちだ。塩分制限しているのに食事毎に、自分で持っている海苔の佃煮をお粥の上につぶりかけて食べているお年寄りが多い。この現実を見て、体に良い食事が食べたい食事か、どっちが大事かしばしば考えることがある。栄養

士とよく議論はしたが、結論的に言えば、食べたくない食事は残食が多く、栄養不足になるので人気のないメニューは、外すことになっている。

人には好みがある。歴史もある。その人なりの食事でもここまで長生きしたのだ。それを要する必要はない。うすっぺらな学問や栄養学では解けない固有の理由があるのである。

私は少なくともここ数年、厳格に食事制限を必要とする入院患者に会っていない。入院時『食べ物自由ですからお好きな物を』ということにしている。こう書くと糖尿病はどうするという声が聞こえるようだが、高齢者の場合は厳格な血糖管理は行わない。空腹時二百以下なら、まあいいかという具合である。老人の習慣も変えたくないもので、酒、たばこ、コーヒー、紅茶等も好み通りである。多くの要望に答えることは栄養士にとっては大変だと思うが、それ以上に得るものも多い。

## 私の考える病院

わかくさ竜間リハビリテーション病院院長

三田 道雄

日本人の平均寿命は二〇〇〇年に比べ、女性が〇・三三年延び八十四・

に対応すべきかは、あまり検討されていないと思われる。

九三歳、男性は〇・三五年延び七十八・〇七歳になり、男女とも過去最高を更新したことが、厚生労働省の二〇〇一年簡易生命表で明らかになった。男性は初めて七十八歳を超えた。米寿（八十八歳）まで生きる人は男性の四人に一人、女性の半数に及んでいる。

十数年来、老人医療に試行錯誤を繰り返して努力してきた我々は、今も我々の学んできた医学は、どんな状態でもよいから患者さんを死から救い出すことであつた。医者が扱う疾患が急性期疾患、単一疾患の場合はそれでもよかつたかもしれないが、高齢者が増加するに従って慢性期疾患を持ち、更に複数の疾患を持つている患者さんの増加が想定できる。

何はともあれ長生きすることはよいことであろう。生活環境がよくなり、医療技術が進歩した結果とも言える。成人の小型化したものが小児科ではないように、成人の老化したものが老人科ではない。最近では老人科を講座にもつ大学も増加してきた。

特に高齢患者さんの慢性疾患はQOLを十分に配慮したものでなければならぬ。疾患、障害を持つていても、いかに質の高い人生を送るかが問題である。

しかし、老化の原因をホルモン関係に求めたり、遺伝子レベルに探求の手を伸ばしているのが現状で、目の前の悩める高齢患者さんにどのような

介護保険制度が導入され、在宅支

援が推進されているが、高齢者が死亡場所として希望している場所は統計によれば自宅が八九・一％である。そのうち実際に自宅で死亡した人は三三・一％で六六・三％は病院で終末を迎えている。その終末の場所を提供するのも、我々医療サービス提供者としての使命の一つと考える。

本来、高齢者を対象とする病院は、①患者さんの残存機能を最大限活用するため、リハビリテーションによる自立支援を行い、生活の再構築を計る。②個人の人格を尊重し、人間性を無視した過度な医学的管理から高齢患者さんを解放する。③個人に適した医療サービスを提供するために、選択肢の多い治療方針を準備し、患者、家族さんの選択権を確保する。④医療スタッフ、患者、家族さんとの連携を強化し、在宅支援、社会資源の利用に関して相互の理解と納得のもと、健やかな人生が送れるよう努力するとともに、人生で避けて通れない死に対し、安らかな終末の場を提供する。これら四つが病院機能と考える。

また、病院はサービス業の一端を

担っているという自覚のもと、奉仕者として努めるべきであり、患者、家族さんこそ病院が提供する医療サービスの最大の評価者であることを忘れてはならない。医療スタッフは病気を治す、苦痛を取り除くことを目標として病む人に直接接してきたが、苦悩の中にある患者さんにとって医療者は単に治療手段の提供者ではなく、人間的共感を持って疾病、障害のよき理解者として癒す心を持つ人間であることが期待されていると考える。

介護保険導入後、高齢者医療においても介護の重要性が強調されてきた。しかし、介護を自立支援性と介護支援性の視点からみれば、病院や医療施設では、自立支援性介護が優先すべきと考える。欧米諸国の福祉器具の貸し出しにおいても当事者が充分利用できるまで支援している。

車椅子に多少の不具合があつても慣れれば何とかなるのではなく、当事者に合ったものに作り直すと聞く。私自身老人医療を考えると、患者さん中心の医療を行うため、もっと研鑽しなければと考える昨今である。

## 一八〇日以上 特定療養費化 はどこへ

十四年十月から、医療保険適用の一般病床で入院医療の必要性が低い利用者に対して、入院基本料の基本点数を特定療養費化することになった。経過措置を設けて、今後六ヶ月間は、九十五%の特定療養費分を保険者が支払うことになっている。

この制度については、本来、一八〇日以上自らの都合で入院している利用者に対して、病院側が「特別な料金」を自由に徴収してよいという仕組みを応用したものである。つまり、病院が自由に料金設定してもよいことになる。しかし、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める提示事項等」及び「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の制定に伴う実施上の留意事項について、という長々とした表題の保険局長通知で、こまごまとしたルールを決めている。特別料金については、

患者への十分な情報提供が前提で、料金の額などについては、情報を文書で提供すること。その額が社会的にみて妥当適当な範囲の額であり、最終的に一〇〇分の十五に相当する点数をもとに計算された額を標準とする。さらに、これらの詳細について、地方社会保険事務局長に報告するということになっている。

また、一八〇日超であっても、なんと以下の十四項目のいずれかに該当すれば、この制度の対象外だといえる。それは次の通りである。

①難病患者等入院診療および、②重症者等療養環境特別加算を算定する患者。③重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等。④悪性新生物に対する腫瘍用薬（重篤な副作用を有するものに限る）を投与、または⑤悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態。⑥ドレーン法又は胸腔もしくは腹腔の洗浄を実施している状態（当該月において二週以上実施していること）。⑦人工呼吸器を使用、または、⑧人工腎臓又は血漿交換療法

を実施している状態。⑨全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して三〇日までの間に限る）。⑩末期の悪性新生物に対する治療または、⑪呼吸管理を実施している状態。⑫常時頻回の喀痰吸引を実施している状態（当該月において一日あたり八回、夜間を含め約三時間間に一回程度以上実施している日が二〇日を超えること）。⑬肺炎等に対する治療を実施している状態。⑭集中的な循環管理が実施されている先天性心疾患等の患者。

これだけ例外を設けてしまうと、何に該当するのかわかるだけでも大変だ。おまけに③については、難病患者等で障害を持つ患者以外でも、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」判定基準のランクB以上も除外することになっている。こうなると、動きまわる痴呆性疾患患者で、一八〇日以上以上の患者以外は、対象者がいないのではないかと考えざるを得ない。療養病床でも、病院は病院であり、ランクJや、ランクAの人

をみつけるだけでも大変である。一八〇日超の人々は、約五万人程度といわれるが、除外してみると半分程度になるのではないか。そして、そのうち、動きまわる痴呆患者は、一万人程度なのかもしれない。この人々に対しては、療養病床や一般病床で一八〇日超になると、特定療養費の対象となることになる。

しかし、精神病床は対象にならない。つまり、精神病床への移動ということも起こるかもしれない。ただ、特別料金を自由化するとどのようなことになるかは、わからない。

### \*へんしゅう後記\*

友人の七十代半ばの父親が検査入院したところ、食欲は一度に落ち、脱水症状を起こし、果ては認識力まで低下し、ほうほうの体で退院された。来年二月に「自分が入りたい老人病院（Part2）」のテーマで全国シンポジウムを開催することになったが、いくら快適であっても十把一かばらげのようなマニュアル的サービスでは物足りない。老人病院だからこそ提供できる、個々の活力となるような目玉がほしい。